



Fig. 1. Pérdida de la estructura ocular bilateral con sinequias palpebrales y conjuntivales extensas.

sa nasal. Dorzolamida en la circulación sistémica se une a las proteínas plasmáticas en un 33% y se excreta sin cambios a través de la orina junto a su metabolito. La NTE es la reacción cutánea más grave ocasionada por la ingesta de medicamentos, se caracteriza por exfoliación epidérmica, mucositis y compromiso sistémico que traen consigo altas cifras de morbimortalidad (1). Un gran número de fármacos pueden precipitarla, los agentes etiológicos más frecuentes son la fenitoína y las sulfonamidas (1). La suspensión precoz del fármaco responsable se asocia con un mejor pronóstico y con una menor mortalidad. Los inhibidores de la anhidrasa carbónica son fármacos cuya estructura molecular tiene en común la unión de un grupo sulfonamídico (-SO<sub>2</sub>NH<sub>2</sub>) no sustituido a un anillo aromático (5). A diferencia de los inhibidores de la anhidrasa carbónica (IAC) por vía oral, Trusopt® se aplica tópicamente y ejerce sus efectos directamente en el ojo (2). Comparado con los IAC orales la aplicación tópica produce una baja incidencia de efectos sistémicos secundarios. A nuestro criterio, este caso es interesante por ser clínicamente relevante al poner en peligro la vida del paciente y por las graves secuelas oftalmológicas, porque casi no hay referencia en la bibliografía de NET y fármacos de aplicación tópica oftálmica, y para llamar la atención en la utilización de estos fármacos en pacientes “suscceptibles”

#### V. M. Asensio-Sánchez

*Hospital General. Servicio Castellano-Leonés de Salud. Servicio de Oftalmología. Medicina del Campo. Valladolid*

1. García-Doval I, Roujeau J, Cruces M. Necrólisis epidérmica tóxica y síndrome de Stevens-Johnson: Clasificación y actualidad terapéutica. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91: 541-51.
2. Balfour JA, Wilde MI. Dorzolamide. A review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of glaucoma and ocular hypertension. *Drug Aging* 1997; 10: 384-403.
3. Schmutz JL, Barbaud A, Trechot P. Toxic epidermal necrolysis following eyedrop treatment for glaucoma. *Ann Dermatol Venereol* 2007; 134: 417.
4. Florez A, Rosón E, Conde A, González B, García-Doval I, de la Torre C, et al. Toxic epidermal necrolysis secondary to timolol, dorzolamide, and latanoprost eyedrops. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 909-11.
5. Kumar S, Singh V, Tiwari M. Quantitative structure activity relationships studies of sulfamide derivatives as carbonic anhydrase inhibitor: As antiglaucoma agents. *Med Chem* 2007; 3: 379-86.

## Ingresos en HADO desde el Servicio de Urgencias

Sr. Director:

La Hospitalización a Domicilio (HADO) es una modalidad asistencial, remonta su inicio al año 1947 cuando en el Hospital Universitario Guido Montefiore (Nueva York, EE.UU.) se crea la primera Unidad de Home Care ideada por el Dr. E.M. Bluestone como una “extensión del propio hospital hacia el domicilio del paciente. En 1951 el Dr. Siguier pone en marcha en el Hospital Tenon (Paris, Francia) la primera experiencia francesa y en 1975 se crea la primera estructura de Hospitalización a Domicilio en la Asistencia Pública para los hospitales de París. En España este tipo de asistencia se introduce en 1982 cuando el actual Hospital Gregorio Marañón (entonces H. Provincial de Madrid) implanta su primera Unidad creándose posteriormente en 1983 la Unidad del Hospital de Cruces. Actualmente en todo el territorio nacional 68 centros cuentan con estas unidades (el 10% de la red), aunque con una distribución irregular por las distintas Comunidades Autónomas. En Galicia las Unidades de Hospitalización a Domicilio han sido una prioridad estratégica del Servicio Galego de Saude. Como se puede apreciar este tipo de actividad es relativamente reciente en nuestro país pero empieza a tener una amplia difusión y experiencia. Su crecimiento es progresivo debido a la gran demanda generada ya que los resultados obtenidos en base a estudios realizados, demuestran una mayor calidad asistencial, reducción de costes, disponibilidad de camas, reducción de estancias (1,2). Frente a la Atención Domiciliaria, de competencia exclusiva de la Atención Primaria, y orientada hacia los cuidados a largo plazo, las medidas preventivas y la educación para la Salud, los pacientes atendidos en HADO requieren cuidados lo suficientemente intensos y/o complejos como para no poder ser asumidos por los profesionales del nivel asistencial primario. La derivación a estas unidades suele hacerse por tanto desde el nivel asistencial hospitalizado. Existe poca información sobre los pacientes ingresados en situación aguda (Servicios de Urgencias) a estas unidades ya que no eran éstos los Servicios prioritarios para la derivación de patología a domicilio pero la experiencia demuestra que progresivamente la demanda desde la sala de urgencias se mantiene creciente. Realizamos una evaluación de los pacientes ingresados en HADO desde el Servicio de Urgencias en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

En nuestra Unidad realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias en HADO durante el período entre el 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2006 mediante la revisión sistemática de las historias clínicas de los enfermos. Se valoraron los datos epidemiológicos así como el tipo de patología ingresada.

Durante este período se ingresaron en HADO 1495 pacientes de los que 142 (9%), procedían del Servicio de Urgencias. La distribución por años es de un 8% del total de ingresos en la unidad en 2004 a un 14% en 2006. Las características epidemiológicas de los pacientes se recogen en la tabla I.

La hospitalización a domicilio surge como una fórmula alternativa a la hospitalización clásica con el fin de mejorar la gestión de las camas hospitalarias, de conseguir una mayor integración entre el paciente, su familia y el personal sanitario, y con el fin de servir de puente entre la Atención primaria y la especializada, contribuyendo a una mayor comunicación entre niveles, todo esto a la vez que se le proporcionan al paciente en su domicilio a asistencia necesaria hasta el alta clínica definitiva.

Los servicios de Hospitalización a Domicilio están preparados para poder atender todo tipo de patología hospitalaria aguda en fase de estabilización (1,2). El acceso desde el Servicio de Urgencias parece decantarse hacia pacientes crónicos en general con enfermedad compleja e intención paliativa para lo que esta

TABLA I

	2004	2005	2006
Sexo			
V	15	28	20
M	21 (58%)	18 (39%)	40 (66%)
Edad media; (rango);	66 (32-101)	75 (55-95)	71 (42-98)
Diagnósticos principales			
Neoplasia	11	12	24
Demencia	10	10	15
EPOC	16	19	12
Insuficiencia cardíaca	7	9	9
Infeción respiratoria	15	15	13
Infeción urinaria	3	2	3
Intolerancia digestiva	5	7	9
Tratamientos			
Endovenosos	25	35	38
Soporte nutricional	10	11	10
Pautas de Sedación	9	10	11
Alta domicilio	29	32	38
Exitus	5	10	22
Total	36	46	60
Porcentaje sobre total ingresos HADO	8%	10%	14%

opción asistencial es muy adecuada, pero probablemente deba optimizarse sin excluir otras patologías agudas. El interés que despierta la HADO tiene sustento en dos puntos básicos. En primer lugar las consideraciones sobre efectividad, reconociéndose que la HADO suele traducirse en una mejor atención así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y de sus familiares. Por otro lado, la HADO también se asocia con una mejor evolución clínica en el caso de algunas enfermedades, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria (3,4). La vía de ingreso sigue dos modelos a grandes rasgos. En un primer modelo el paciente es remitido tras un período de hospitalización convencional de corta o larga duración. En un segundo modelo que sería el que nos ocupa, el paciente vendría remitido desde la comunidad y si no existiese el servicio de HADO sería ingresado en el hospital tradicional. En la hospitalización convencional y en los propios Servicios de Medicina Interna, la gran mayoría de los ingresos se realizan a través de los Servicios de Urgencias. Nuestros datos muestran en Hospitalización a Domicilio un porcentaje notablemente inferior a los Servicios de Hospitalización convencional. La atención primaria y/o los Servicios de urgencia serían los vínculos para el ingreso del paciente. Existen pocos datos sobre el tipo de pacientes ingresados desde los Servicios de urgencia y los nuestros demuestran una tendencia al alza en el tipo de patologías crónicas en fase avanzada/terminal, para los que esta hospitalización está sobradamente capacitada (5) pero que en la práctica podría ofrecerse a pacientes con patología aguda bien controlada en hospitalización convencional y desde hace ya tiempo en la Domiciliaria (6). La práctica de la HADO aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en la hospitalización convencional. Nuestros datos muestran un incremento en la demanda desde los servicios de urgencias continuo de esta modalidad de hospitalización. Pero así mismo, parecen indicar una tendencia a remitir pacientes con perfil de enfermedad crónica complicada, en ocasiones en fase de

cuidados paliativos, en detrimento de otras patologías hospitalizadas (control de enfermedad aguda infecciosa, administración de tratamiento endovenoso de uso hospitalario, etc.) (7) que también podrían beneficiarse de esta modalidad de hospitalización.

### I. Villamil Cajoto, L. Masa Vázquez, J. Fernández Benito, R. Valdés Bermejo

*Hospitalización a Domicilio. Hospital Gil Casares. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña*

1. De Damborenea MD, Fernández A, Salán JM, Castaños I, Cortezón A. Hospitalización a domicilio: "Su importancia y ventajas". *Gac Med Bilbao* 1991; 88: 17-20.
2. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 659-64.
3. Fernández-Miera MF. Gestión sanitaria: Acerca de la hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 357-8.
4. Oterino FD, Peiró MS, Ridao M, Marchán C. La Hospitalización domiciliaria. Una posible estrategia para reducir la hospitalización inadecuada. *Revista de Calidad Asistencial* 1998; 13: 204-10.
5. Bermejo GB, Angulo KL, Agorria AA, Barrieta MS, Arrate AO. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Atención primaria* 1997; 20: 230-6.
6. Regalado J, Mendoza H, Aizpuru F, Altuna E, Gómez M, Cía JM. Pielonefritis aguda atendida en hospitalización a domicilio. Diez años de experiencia EIMC 2006; 24: 629-33.
7. Mendoza Ruiz de Zuazu H, Gómez Rodríguez de Mendarozqueta M, Regalado de los Cobos J, Altuna Basurto E, Marcaide Ruiz de Apodaca MA, Aizpuru Barandiarán F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en hospitalización a domicilio. Estudio de 522 casos. *Rev Clin Esp* 2007; 7: 331-6.

## Error fatal en prescripción medicamentosa

*Sr. Director:*

El error en la prescripción de medicación se define como el fallo en el proceso de tratamiento farmacológico que conduce, aun potencialmente, al daño del paciente (1). Se estima que miles de pacientes fallecen cada año a causa de errores médicos de diversa índole. Se ha referido un caso clínico publicado recientemente en una revista de prestigio acerca de una paciente en tratamiento con dosis excesivas de metotrexate como consecuencia de un error en la transcripción de la medicación (2). Por todo ello nos ha parecido de interés aportar el caso de una paciente atendida de urgencia en nuestro hospital bajo los efectos de una prescripción farmacológica errónea y evolución fatal.

Se trata de una mujer de 84 años remitida por el médico de atención primaria a urgencias por disminución del nivel de conciencia y reactividad a estímulos en el último mes de forma progresiva. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, demencia de Alzheimer, e intervención de fractura de fémur. Estaba en tratamiento con carbimazol, bisoprolol, sertralina, omeprazol, risperidona, clometiazol, furosemida, pravastatina, etilefrina, espironolactona, citicolina, sal de potasio y lactulosa. Vivía en una residencia y era dependiente para las actividades cotidianas de la vida diaria.